

# 眼科往診 申込書および問診票

□ 施設 (施設名: \_\_\_\_\_) / 駐車場 □ なし □ あり

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏名		男・女	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 _____		
電話番号	_____	入居施設 電話番号	_____
保険情報	医療保険 □ 国保 □ 社保 □ 後期高齢者 □ 生保 □ 障害 □ その他		
	介護保険 □ 要支援 1・2 □ 要介護 1・2・3・4・5		
認知症の日常生活自立度	□ I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M □ 該当なし		
日常生活の状態	□ 自立 □ 一部介助 □ 全面介助		
通院が困難理由を 選んでください。	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 歩けない(車いすで移動) <input type="checkbox"/> 長時間座れない <input type="checkbox"/> 付き添いできる人がいない <input type="checkbox"/> 意思疎通ができない <input type="checkbox"/> その他		

主訴 お困りごと	
今までに目の病気をされたことがありますか？	□ なし □ あり ( _____ )
現在使用中の点眼薬はありますか？	□ なし □ あり ( _____ )
高血圧	□ なし □ あり
認知症	□ なし □ あり
糖尿病	□ なし □ あり (ヘモグロビンA1C _____ %)
上記以外に現在治療中の病気や 連絡事項があればご記入ください。	

上記内容にて眼科往診の申し込みをいたします。

年 月 日 本人： \_\_\_\_\_

代筆者： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

\*施設入所されている方で代理の方が記入する場合は、ご本人様(ご家族様)の了承を得た上でご記入ください。

\*内容はお判りになる範囲でご記載ください。

\*こちらの用紙と保険証のコピーをFAXでご送信をお願い申し上げます。

## よつかいどう眼科

千葉県四街道市四街道1-1 JR四街道駅ビル4階  
TEL : 043-304-4641

# FAX : 043-304-4648

# 眼科往診 申込書および問診票

記入見本

施設 (施設名: 特別老人ホームそよかぜ) / 駐車場  なし  あり

フリガナ	ヤマダ ハナコ		性別	生年月日
氏名	山田 花子		男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	1932年1月1日(90歳)
住所	〒000-0000 千葉県四街道市四街道〇-〇-〇-201号室			
電話番号	043 - 0000 - 0000	入居施設電話番号	043 - 0000 - 0000	
保険情報	医療保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他			
	介護保険 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input checked="" type="checkbox"/>			
認知症の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV・M <input type="checkbox"/> 該当なし			
日常生活の状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全面介助			
通院が困難理由を選んでください。	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input checked="" type="checkbox"/> 歩けない(車いすで移動) <input checked="" type="checkbox"/> 長時間座れない <input type="checkbox"/> 付き添いできる人がいない <input type="checkbox"/> 意思疎通ができない <input type="checkbox"/> その他			

主訴 お困りごと	視力低下、目やに、目の充血、目のかゆみ、眼鏡が合っていない			
今までに目の病気をされたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(両目白内障、数年前に手術)	
現在使用中の点眼薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(お薬手帳のコピーを送ります)	
高血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		
認知症	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		
糖尿病	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(ヘモグロビンA1C %)	
上記以外に現在治療中の病気や連絡事項があればご記入ください。	脳梗塞で右片麻痺、言語障害があります。			

上記内容にて眼科往診の申し込みをいたします。

2022年〇月〇日

本人: 山田 花子

代筆者: 高橋 みどり 続柄: 娘

\*施設入所されている方で代理の方が記入する場合は、ご本人様(ご家族様)の了承を得た上でご記入ください。

\*内容はお判りになる範囲でご記載ください。

\*こちらの用紙と保険証のコピーをFAXでご送信をお願い申し上げます。

よつかいどう眼科

千葉県四街道市四街道1-1 JR四街道駅ビル4階  
TEL: 043-304-4641

FAX: 043-304-4648